

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1932.

N°

465

THÈSE  
POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE  
DIPLOME D'ÉTAT

*soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, en 1932*

PAR

*Isidore*  
**I. BOYER**

Né le 12 Juin 1905, à Conques-sur-Orbiel (Aude)

---

*Etude Statistique et Critique*  
SUR LES  
*Hémorragies par insertion du placenta*  
*sur le segment inférieur*

OBSERVÉES A LA MATERNITÉ DE PORT-ROYAL  
DE 1921 à 1930 (INCLUSIVEMENT)

---

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS  
LES PRESSES MODERNES  
45, RUE DE MAUBEUGE, 45

---

1932



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Année 1932.

N° \_\_\_\_\_

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris, en 1932

PAR

**I. BOYER**

Né le 12 Juin 1905, à Conques-sur-Orbiel (Aude)

---

*Etude Statistique et Critique*

SUR LES

*Hémorragies par insertion du placenta*

*sur le segment inférieur*

OBSERVÉES A LA MATERNITÉ DE PORT-ROYAL

DE 1921 à 1930 (INCLUSIVEMENT)

---

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE, 45

—  
1932

# LE DOYEN ..... M. BALTHAZARD.

## I. — PROFESSEURS

|                                                                     | MM.                |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE.          |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale .....       | GREGOIRE.          |
| Physiologie .....                                                   | BINET.             |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                               | DESGREZ.           |
| Bactériologie .....                                                 | LEMIERRE.          |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale .....                                           | CLERC.             |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | LENORMANT.         |
| Anatomie pathologique .....                                         | ROUSSY.            |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                                 | LOEPER.            |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON.             |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | Maurice VILLARET   |
|                                                                     |                    |
| Clinique médicale .....                                             | CARNOT.            |
|                                                                     | BEZANÇON.          |
|                                                                     | ACHARD.            |
|                                                                     | Marcel LABBE.      |
|                                                                     |                    |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GULLAIN.           |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | TEISSIER.          |
|                                                                     |                    |
| Clinique chirurgicale .....                                         | DELBET.            |
|                                                                     | MUNEO.             |
|                                                                     | LEJARS.            |
|                                                                     | GOSSET.            |
|                                                                     |                    |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                                           | LEGUEU.            |
|                                                                     |                    |
| Clinique d'accouchements .....                                      | COUVELAIRE.        |
|                                                                     | BRINDEAU.          |
|                                                                     | JEANNIN.           |
|                                                                     |                    |
| Clinique gynécologique .....                                        | J. L. FAURE.       |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique .....                                        | SERGENT.           |
| Clinique de la tuberculose .....                                    | Léon BERNARD.      |
| Professeur sans chaire .....                                        | MAUCLAIRE.         |
|                                                                     | MULON.             |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                   |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| ALAJOUANINE           | Neurologie et Psychiâtrie |
| AUBERTIN              | Pathologie médicale.      |
| BENARD Henri          | Pathologie médicale.      |
| BROcq                 | Pathologie chirurgicale.  |
| BRULE                 | Pathologie médicale.      |
| BUSQUET               | Pharmacologie.            |
| CADENAT               | Pathologie chirurgicale.  |
| CATHALA               | Pathologie médicale.      |
| CHABROL               | Pathologie médicale.      |
| CHAILLEY-BERT         | Physiologie.              |
| CHEVALLIER            | Pathologie médicale.      |
| DOGNON                | Physique.                 |
| DONZELOT              | Pathologie médicale.      |
| ECALLE                | Obstétrique.              |
| FEY                   | Urologie.                 |
| GASTINEL              | Bactériologie.            |
| GATELLIER             | Pathologie chirurgicale.  |
| DE GAUDART D'ALLAINES | Pathologie chirurgicale.  |
| GIROUD                | Histologie.               |
| HARVIER               | Pathologie médicale.      |
| HAZARD                | Pharmacologie.            |
| HOVELACQUE            | Anatomie.                 |
| HUGUENIN              | Anatomie pathologique.    |
| HUTINEL               | Pathologie médicale.      |

| MM.           |                          |
|---------------|--------------------------|
| JOANNON       | Hygiène.                 |
| LABBE Henri   | Chimie biologique.       |
| LAROCHE Guy   | Pathologie médicale.     |
| LEVEUF        | Pathologie chirurgicale. |
| LEVY-VALENSI  | Neuro-psychiâtrie.       |
| LIAN          | Pathologie médicale.     |
| MONDOR        | Pathologie chirurgicale. |
| MOREAU        | Pathologie médicale.     |
| MOULONGUET    | Pathologie chirurgicale. |
| MOURE         | Pathologie chirurgicale. |
| OBERLING      | Anatomie pathologique.   |
| OLIVIER       | Anatomie.                |
| PIEDELIEVRE   | Médecine légale.         |
| PORTES        | Obstétrique.             |
| QUENU         | Pathologie chirurgicale. |
| RICHEt        | Physiologie.             |
| SANNIE        | Chimie biologique.       |
| SEZARY        | Dermatologie et syphili- |
| VALLERY-RADOT | (graphie.                |
| (Pasteur)     | Pathologie médicale.     |
| VAUDESCAL     | Obstétrique.             |
| VELTER        | Ophthalmologie.          |
| VERNE         | Histologie.              |
| VIGNES        | Obstétrique.             |

## III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

| MM.     |                        |
|---------|------------------------|
| GUÉNIOT | Obstétrique.           |
| LEQUEUX | Obstétrique            |
| LEROUX  | Anatomie pathologique. |

| MM.           |                |
|---------------|----------------|
| NEVEU-LEMAIRE | Parasitologie. |
| REtTERER      | Histologie     |
| ZIMMERN       | Physique       |

## IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

| MM.         |                        |
|-------------|------------------------|
| ABRAMI      | Clinique médicale.     |
| CHIRAY      | Clinique médicale.     |
| DEBRE       | Clinique médicale.     |
| DUVOIR      | Clinique médicale.     |
| BASSET      | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU    | Clinique chirurgicale. |
| HEITZ-BOYER | Clinique chirurgicale. |

| MM.        |                        |
|------------|------------------------|
| MATHIEU    | Clinique chirurgicale. |
| MOCQUOT    | Clinique chirurgicale. |
| PROUST     | Clinique chirurgicale. |
| SCHWARTZ   | Clinique chirurgicale. |
| LE LORIER  | Clinique obstétricale. |
| LEVY-SOLAL | Clinique obstétricale. |
| METZGER    | Clinique obstétricale. |

## V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire .

PREY . . . . .  
CHAILLEY-BERT . . . . .  
LEDoux-LEBARD . . . . .  
WEIL-HALLÉ . . . . .

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.

Educstion physique.

Radiologie clinique.

Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris  
Accoucheur à la Maternité Baudelocque  
Officier de la Légion d'Honneur  
Officier de l'Instruction Publique

*En témoignage de reconnaissance pour  
l'honneur qu'il nous fait en voulant bien  
accepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER

*Qui nous a guidé dans le choix de cette  
thèse.  
En témoignage de notre profonde gratitude.*

A M. LE PROFESSEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

A M. LE PROFESSEUR POTOCHI

*Qui ont bien voulu nous permettre de rassembler les observations recueillies dans leur service à la Maternité de 1921 à 1925.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Stage*

M. le Professeur SERGENT

M. le Professeur HARTMANN

*Externat*

M. le Professeur LENORMANT

M. le Professeur BAUDOIN

M. le Professeur TOUSSET

M. le Professeur DE GENNES

M. le Professeur COUVELAIRE

*Externat en premier :*

M. le Professeur RUDAUX

M. le Professeur LE LORIER

M. le Professeur DESNOYERS

## INTRODUCTION

### Généralité, Historique, Plan

Dans ce travail, nous nous sommes efforcé de réunir tous les cas d'hémorragies au cours de la gestation ou de la parturition coexistant avec une insertion basse du placenta observés pendant dix années à la Maternité de Port-Royal, depuis 1921, jusqu'à 1930 inclusivement.

Aucune statistique de cet ordre n'avait été faite à la Maternité, mais nous avons été grandement aidés par l'existence de travaux identiques antérieurs, publiant les résultats obtenus dans d'autres services. Nous retiendrons parmi eux les thèses de Mlle Bucsang, puis de Mayer, inspirées par M. le Professeur COUVELAIRE à la Clinique Baudelocque et avec lesquels nous avons essayé de conserver un certain parallélisme afin que les chiffres obtenus soient mieux comparables.

Nous signalerons dès à présent, la multiplicité des méthodes employées à la Maternité, elles témoignent des influences qui ont pu s'y faire sentir et qui se succédèrent 4 fois en 10 ans.

**RAPPEL HISTORIQUE.** — Il nous paraît utile, non pas de reprendre l'historique, depuis longtemps et souvent précisé, mais d'en faire un bref rappel qui

nous permettra d'énumérer et de classer les thérapeutiques employées contre les hémorragies. Nous les retrouverons presque toutes dans nos observations, au cours des 10 années qui nous intéressent.

A) Avant même que le rôle de l'insertion du placenta sur le segment inférieur ait été précisé dans le mécanisme des hémorragies de la gestation et du travail on avait reconnu la nécessité urgente de lutter contre elles. Deux méthodes ont été successivement employées : *La première* fut inventée par AMBROISE PARÉ vers 1550, ce fut l'accouchement forcé qui consistait en une dilatation manuelle du col suivie d'évacuation rapide de l'utérus. *La deuxième* fut la rupture des membranes préconisée par MAURICEAU-PORTAL et surtout PUZOS en 1759, qui insistèrent à leur tour sur cette méthode pour essayer de remplacer l'accouchement forcé par une méthode moins brutale ; ils conseillèrent d'y associer l'abaissement d'un pied du fœtus.

B) Cependant, dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, à mesure que le rôle de l'insertion placentaire fut mieux précisé, de nouvelles méthodes furent préconisées, ou mieux encore, les anciennes furent reprises, car on peut ramener aux deux méthodes initiales l'esprit de celles qui suivirent.

1<sup>o</sup> Les unes se proposent, en effet, d'évacuer rapidement l'utérus. Et si, à l'idée de brutalité contenue dans la vieille méthode d'A. PARÉ, on a substitué celle de méthode et de rapidité dans le procédé de BONNAIRE, il ne faut voir cependant dans cette modification qu'une « atténuation trop purement verbale de la technique de force » (Lacomme).

*La dilatation bi-manuelle* est largement repré-

sentée dans notre statistique, mais il faut lui attribuer aussi une grosse part de mécomptes.

Sur la méthode toute récente de DELMAS, nous ne possédons aucune observation.

Mais cette évacuation rapide de l'utérus devait voir son intérêt s'élargir brusquement et considérablement depuis la pratique de l'*hystérectomie* dans ses diverses modalités. C'est cette dernière méthode véritablement méthode chirurgicale que nous envisagerons surtout, avec la méthode d'*hémostase* qui tend à devenir la seule méthode obstétricale.

## 2° Méthodes d'hémostase.

Il faut signaler d'abord :

Le *tamponnement* préconisé par LEROUX en 1776, il fut définitivement condamné, lorsqu'on eut reconnu qu'il ne faisait qu'apporter un facteur d'aggravation à l'hémorragie : l'infection.

Le *décollement placentaire* était basé sur des considérations d'ordre anatomique et physiologique.

BARNES proposa le décollement partiel. SIMSON proposa le décollement total, et cette méthode peut rendre des services. Nous en avons retrouvé plusieurs observations.

Enfin, on préconisa les *méthodes de compression en utilisant* un coin régulier et incompressible, un agent à la fois dilatateur et excitateur des contractions utérines, qui serait hémostatique en refoulant et comprimant le placenta décollé.

BRIXTON-HICKS proposa l'abaissement du pied après version par manœuvres mixtes sans extraction immédiate de l'enfant.

De nombreux accoucheurs proposèrent la dilatation hydrostatique que réalisa au mieux le ballon de CHAMPETIER DE RIBES.

C) Mais la *rupture large des membranes* demeure la manœuvre la plus simple et cependant très logique, puisqu'elle agit directement sur la cause de l'hémorragie, le décollement placentaire, en supprimant le tiraillement des membranes au cours de la dilatation. Sans doute, elle était, nous l'avons vu, préconisée depuis longtemps, mais ce fut M. le Professeur PINARD qui eut le grand mérite de l'ériger en méthode basée sur des observations anatomiques et physiologiques. L'application des ballons, la version de BRAXTON HICKS doivent en être considérées comme le complément, lorsque celle-ci se révèle insuffisante.

C'est d'ailleurs cette manœuvre simple qui fut le plus souvent réalisée à la Maternité et c'est elle que nous aurons toujours en vue dans notre statistique pour la comparer avec la méthode chirurgicale dans les cas où cette dernière fut pratiquée d'emblée.

PLAN : Tel sera le plan de notre travail, nous étudierons :

I. — *Les hémorragies* et leurs caractères généraux :

- au cours de la gestation ;
- au cours du travail ;
- au cours de la délivrance ;

telles qu'elles ont été rencontrées dans nos observations.

II. — *Les méthodes* employées pour les combattre, en précisant :

quelles sortes d'hémorragies il a fallu combattre ;

quels furent le mode de terminaison de l'accouchement ; les résultats maternels fœtaux.

III. — *Etude critique* où nous comparerons les résultats.

IV. — Enfin, nous croyons utile de rassembler en un même chapitre quelles furent les causes principales de la mortalité maternelle et fœtale.



## CHAPITRE PREMIER

### Caractères généraux des Hémorragies

FRÉQUENCE. — Nous avons pu en réunir 140 pour 35.590 accouchements observés au cours de 10 années (1921-1930).

PARITÉ. — Il s'agissait de 41 primipares pour 99 multipares.

TERME DE GROSSESSE. — Ces femmes purent mener leur gestation :

- 53 fois au voisinage du terme ;
- 87 fois, le travail fut prématuré :
  - 5 fois au 5<sup>e</sup> mois ;
  - 9 fois au 6<sup>e</sup> mois ;
  - 25 fois au 7<sup>e</sup> mois ;
  - 48 fois au 8<sup>e</sup> mois.

DATES D'APPARITION. — L'hémorragie apparût pour la première fois :

- 92 fois au cours de la gestation<sup>e</sup> ;
- 45 fois au cours du travail ;
- 3 fois au cours de la délivrance.

MORTALITÉ. — Elle fut de :

- 7 mères pour 140 cas, soit 5 % ;
- 75 enfants pour 142 enfants traités, soit 52,8 %.

## HÉMORRAGIES DE LA GESTATION

FRÉQUENCE. — Nous en avons observé 92 cas, soit 67 %.

DATE D'APPARITION. — Elles apparurent :

- 2 fois au 3<sup>e</sup> mois ;
- 2 fois au 4<sup>e</sup> mois ;
- 16 fois au 5<sup>e</sup> mois ;
- 18 fois au 6<sup>e</sup> mois ;

On voit qu'elles apparaissent surtout dans les 6 derniers mois de la grossesse et, dans notre statistique, avec un maximum de fréquence au 8<sup>e</sup> mois, ce qui ne saurait nous étonner, puisque dans 62 % des cas, nous avons vu la grossesse interrompue avant le 9<sup>e</sup> mois.

RÉPÉTITION. — L'hémorragie fut :

- 38 fois unique ;
- 52 fois répétée ;
- 2 fois continue.

ABONDANCE ET ÉVOLUTION. — *Dans 8 cas*, elles furent graves, puisque par leur caractère de brusque abondance ou de continuité et l'altération de l'état général qu'elles entraînaient, elles obligèrent à interrompre artificiellement la gestation.

*Dans les autres cas*, elles ne furent jamais inquiétantes et on put laisser la gestation évoluer.

5 fois seulement, elles furent vraiment bénignes, puisqu'elles ne se reproduisirent pas :

- 68 fois au cours du travail ;
- 1 fois au cours de la délivrance ;
- 9 fois au cours du travail et de la délivrance.

78 fois, au contraire, elles se sont reproduites avec un caractère de gravité variable.

19 fois au 7<sup>e</sup> mois ;

21 fois au 8<sup>e</sup> mois ;

14 fois au 9<sup>e</sup> mois ;

## HÉMORRAGIE DU TRAVAIL

FRÉQUENCE. — On les a observées dans 122 cas.

77 fois annoncées par des hémorragies de la gestation ;

45 fois elles furent la première manifestation de l'insertion basse du placenta.

DATE D'APPARITION DU TRAVAIL :

45 fois au voisinage du terme ;

77 fois prématurément ;

43 fois au 8<sup>e</sup> mois ;

23 fois au 7<sup>e</sup> mois ;

8 fois au 6<sup>e</sup> mois ;

3 fois au 5<sup>e</sup> mois.

DATE D'APPARITION DE L'HÉMORRAGIE. — Presque toujours elles apparurent au début du travail.

110 fois dans la première moitié du travail ;

12 fois seulement à la fin de la dilatation.

ABONDANCE. — Dans 11 cas, elles prirent le caractère d'un suintement continu ;

Dans 62 cas, elle furent d'abondance moyenne ou faible, ne présentant aucun caractère alarmant ;

Dans 49 cas, il s'agissait d'hémorragies inquiétantes par leur abondance ou leur continuité. Nous en avons isolé 19 cas où il y eut altération grave de l'état général.

EVOLUTION. — Dans 25 cas, on n'eut pas à intervenir, car l'hémorragie ne fut jamais menaçante.

Dans 97 cas, l'hémorragie entraîna une intervention :

84 fois obstétricale ;

13 fois chirurgicale.

## HÉHORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE

FRÉQUENCE. — Nous en avons relevé 23 cas :

*Dans 3 cas* seulement, elle fut le seul accident hémorragique coexistant avec une insertion basse du placenta.

Il s'agissait de 2 primipares et de 1 multipare (à terme). L'hémorragie survint toujours au cours de la délivrance, elle dépasse 1000 grammes, mais n'entraîna que des modifications légères de l'état général sans nécessiter de thérapeutiques importantes.

*Dans 20 cas*, elle survint chez des femmes qui avaient présenté déjà :

2 fois des hémorragies de la gestation ;

7 fois des hémorragies du travail ;

11 fois des hémorragies de la gestation et du travail.

PARITÉ. — 6 fois seulement, il s'agissait de primipares et on ne note que 3 hémorragies dépassant 1000 grammes.

14 fois, il s'agissait de multipares, dont 10 étaient enceintes pour la troisième fois au moins.

On observa un cas de mort.

9 hémorragies abondantes avec modifications graves de l'état général.

DATE D'APPARITION. — 8 fois, *avant* la délivrance, nécessitant :

5 délivrances artificielles ;

1 délivrance par expression.

4 fois, *au cours* de la délivrance (1 seule dépasse 1000 grammes).

8 fois, *après* la délivrance, dont 4 avec altération grave de l'état général, nécessitant :

2 tamponnements utérins ;

1 révision utérine ;

1 transfusion de sang.

Dans 1 cas, elle fut minime, et cependant, entraîna la mort après un essai de transfusion (2432-25).



## CHAPITRE II

### Les Méthodes

Nous allons, maintenant, essayer d'étudier l'ensemble de nos observations, suivant les méthodes : soit obstétricales, soit chirurgicales, qui furent observées d'emblée pour lutter contre l'hémorragie.

#### MÉTHODES OBSTÉTRICALES

##### I

AU COURS DE LA GESTATION. — Il fallut intervenir dans 8 cas parce que on a estimé que l'hémorragie par son abondance, sa brutalité ou son caractère de continuité, toujours par l'altération de l'état général (pâleur, syncope, pouls à 120) menaçaient la vie de la mère. Dans aucun des 8 cas, on n'intervint chirurgicalement.

3 fois, la rupture des membranes suffit à arrêter l'hémorragie et à déclancher le travail ;

2 fois près du terme et les résultats en furent aussi satisfaisants qu'on pouvait le souhaiter ;

1 fois à 5 mois.

5 fois, la thérapeutique fut plus compliquée :

Dans 2 cas graves, la rupture des membranes fut insuffisante (1 fois près du terme, 1 fois à 6 mois).

L'application d'un ballon arrêta l'hémorragie,

déclencha le travail. L'accouchement fut terminé normalement et sans dommage pour la mère.

*2 enfants sont morts*, dont 1 pesait plus de 2.000 grammes.

*Dans 3 cas* très graves, la rupture des membranes et l'application des ballons furent insuffisantes.

1<sup>er</sup> cas (5 mois). — 1 hémorragie cataclysmique avec syncope obligea à pratiquer un abaissement du pied (foetus mort).

2<sup>e</sup> cas (7 mois 1/2). Hémorragies répétées avec syncope. La rupture artificielle des membranes est réalisée sous anesthésie. 2 applications successives de ballons sont insuffisantes. Survint une présentation de l'épaule et on pratiqua une version après dilatation bi-manuelle du col. Foetus mort (1260 gr.)

Délivrance artificielle immédiate.

La femme présente un état de choc très grave suivi de syncopes successives.

Enfin, une amélioration notable survint, les suites de couches furent normales.

3<sup>e</sup> cas (à terme). — Un tableau identique d'hémorragies graves invitait à rompre les membranes, mais il fallut d'abord dilater le col : par l'application d'un ballon. Les membranes furent rompues, et l'accouchement terminé après basio-tripsie. Malgré la perte minime de sang au cours des interventions, un état de choc très grave fit pratiquer une transfusion. Suites de couches fébriles pendant plus de 2 mois.

AU TOTAL, il n'y eut *pas de mortalité maternelle* mais peu s'en fallut qu'on eût à dépolder la mort de deux mères après l'insuccès de la rupture des membranes et de l'application du ballon.

Il y eut 6 enfants morts, mais 2 seulement pesaient plus de 2000 grammes.

## II

✓ AU COURS DU TRAVAIL. — Toujours nous plaçant au seul point de vue de l'hémorragie, nous distinguerons les cas : (129)

où toute intervention fut inutile (32)°;

où on pratiqua une thérapeutique active (97).

Nous nous efforcerons dans ces divers chapitres qui réunissent la majorité de nos observations, de grouper :

a) les circonstances qui accompagnaient l'hémorragie (parité et terme, état des membranes, renseignements fournis par le toucher et la mensuration des membranes) ;

b) le mode de terminaison de l'accouchement et de la délivrance ;

c) les résultats pour la mère et l'enfant.

1°) PAS D'INTERVENTION CONTRE L'HÉMORRAGIE (32 cas) :

*Parité :*

10 primipares contre 22 multipares.

*Terme :* 15 fois à terme ; ..

17 fois prématurément :

9 fois au 8° mois ;

5 fois au 7° mois ;

3 fois au 6° mois.

*Etat des membranes et Caractère de l'hémorragie :*

On n'intervint pas au cours de ces accouchements, parce que :

Dans 7 cas, les hémorragies ne se sont pas reproduites au cours du travail.

Les membranes étaient rompues spontanément  
5 fois prématurément, 2 fois précocement.

Dans 25 cas, l'hémorragie fut minime. Les  
membranes avaient été rompues :

- 14 fois précocement ;
- 3 fois prématurément ;
- 8 fois dilatation complète.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE TOUCHER ET LA  
MENSURATION DES MEMBRANES.

L'insertion était : 9 fois latérale, avec petit côté  
allant de 1 à 6 cm ;

- 22 fois marginale ;
- 1 fois (pas de renseignements).

*Mode de terminaison de l'accouchement :*

26 fois normalement : 5 enfants morts

mais 4 pesaient moins de 2.000 gr.

1 présentait manifestement des signes  
d'hérédosyphilis.

3 procidences : 2 enfants morts.

1 forceps.

1 grande extraction de siège.

1 césarienne basse pour présentation de l'épaule

*de la délivrance*

8 hémorragies :

3 fois après la délivrance.

5 fois avant ou au cours de la délivrance.

2 délivrances artificielles.

*Résultats :*

Pour les mères : 7 cas de suites de couches fé-  
briles, qui furent observés.

3 fois après rupture précoce et prématurée des membranes.

4 fois après ruptures tempestives.

1 cas de mort survenu au 5<sup>e</sup> jour après hystérectomie pour rupture utérine au cours d'un accouchement normal.

*Pour les enfants* : 7 enfants sont morts.

5 pesaient moins de 2000 grammes.

1 est mort au cours d'une procidence.

1 est mort avant rupture des membranes. H E.

II°) IL FALLUT INTERVENIR CONTRE L'HÉMORRAGIE (84 cas).

1) DANS 38 CAS, LA RUPTURE ARTIFICIELLE SUFFIT À ARRÊTER L'HÉMORRAGIE.

a) *Parité* : 11 primipares.

27 multipares.

*Terme* : 12 fois à terme,

26 fois prématurément :

7 fois au 8<sup>e</sup> mois ;

12 fois au 7<sup>e</sup> mois ;

7 fois au 6<sup>e</sup> mois.

*Abondance de l'hémorragie* :

13 fois abondante : dans 5 cas avec altération grave de l'état général.

3 fois continue.

22 fois d'abondance moyenne sans gravité immédiate.

*Renseignements fournis par le toucher et la mensuration des membranes*

L'insertion du placenta était :

4 fois centro-partielle ;

15 fois marginale.

*Dans les autres cas, latérale*

b) *Mode de terminaison de l'accouchement :*

28 fois normalement : 13 enfants morts dont 5 pesaient moins de 2000 grammes.

1 procidence : 1 enfant mort.

10 interventions :

2 fois pour présentation de l'épaule :

1 version sans incident.

1 version suivie de rupture utérine et hystérectomie suivie de mort (742-24).

1 enfant mort

8 fois pour inertie utérine ou souffrance fœtale :

4 crâniotomies.

2 forceps dont 1 après application de ballon. 1 enfant mort.

2 ballons : 1 enfant mort (dans les suites de couches).

*De la Délivrance*

6 hémorragies dont 4 abondantes :

1 avant la délivrance nécessitant D.A.

5 après ou au cours de la délivrance.

5 délivrances artificielles :

1 pour hémorragie.

1 pour non-décollement du placenta.

3 après intervention.

c) **RÉSULTATS :**

*Maternels :* 10 suites de couches fébriles.

1 cas de mort, après rupture utérine.

*Fœtaux :* 21 enfants sont vivants, pour 39 en-

fants extraits. 8 pesant moins de 2000 gr.  
3 étant morts avant la rupture.

2) DANS 41 CAS, IL FALLUT ASSOCIER D'AUTRES  
MANŒUVRES A LA RUPTURE DES MEMBRANES

En effet, l'hémorragie parut rebelle ou menaçante, les membranes étaient rompues :

30 fois artificiellement,

11 fois spontanément :

3 fois prématurément,

8 fois précocement.

A) APPLICATION DE BALLONS : 26 cas.

Parité : 7 primipares pour 19 multipares.

Terme : 5 au voisinage du terme,

21 prématurément :

9 au 8<sup>e</sup> mois ;

6 au 7<sup>e</sup> mois ;

6 au 6<sup>e</sup> mois.

CARACTÈRE DE L'HÉMORRAGIE. — Dans tous les cas sauf 1, il s'agissait d'hémorragies *abondantes* et dans 23 cas, il y eut altération grave de l'état général.

Les ballons furent appliqués :

12 fois pour le caractère rebelle de l'hémorragie après la rupture des membranes (remarquons que dans 5 cas l'application du ballon ne suffira pas).

1 fois en raison de l'accélération du pouls et de la pâleur, malgré l'arrêt de l'hémorragie ;

13 fois l'application fut faite presque systématiquement et immédiatement après la rupture, sans doute en raison de l'abondance de l'hémorragie.

ÉVOLUTION DE L'HÉMORRAGIE. — Elle nous permet de distinguer 2 groupes.

a) *Le ballon amena l'arrêt de l'hémorragie* (19 cas).

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE TOUCHER ET LA MENSURATION DES MEMBRANES. — L'insertion était :

12 fois plus ou moins recouvrante,

4 fois marginale,

1 fois latérale,

2 fois imprécisée.

*Mode de terminaison de l'accouchement*

7 fois normalement : 5 enfants morts, tous pesaient moins de 2000 gr..

3 fois il y eut *procidence* du cordon, 3 enfants morts, dont 1 pesait moins de 2000 grammes.

9 interventions : 6 forceps (5 enfants morts).

3 embryotomies.

*De la délivrance*

2 hémorragies de la délivrance avec D.A.

10 D.A. : 2 pour hémorragies, 8 pour intervention

1 R.U. pour non décollement du placenta suivie d'hystérectomie vaginale (2758-23).

RÉSULTATS. — *Maternels* : 10 cas de suites de couches fébriles.

1 hystérectomie vaginale au 3<sup>e</sup> jour pour adhérences placentaires que la R.U. ne pouvait rompre sans préjudice pour la paroi utérine.

*Fœtaux* : 16 enfants morts, dont 7 pesaient moins de 2000 grammes.

1 était macéré. 1 était mort avant l'application du ballon.

b) *Le ballon n'a pas amené l'arrêt de l'hémorragie (7 cas).*

CARACTÈRES DE L'HÉMORRAGIE. — Dans 2 cas, elle a repris depuis l'expulsion du ballon.

Dans 5 cas, elle a continué après l'application du ballon et les signes de choc se sont aggravés.

RÉSULTATS DU TOUCHER. — Dans tous ces cas, il s'agissait de placentas largement accessibles par le toucher et recouvrant plus ou moins l'orifice cervical.

MODE DE TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT. — Diverses méthodes furent employées suivant l'état de la dilatation :

*Dans 3 cas*, la dilatation fut jugée suffisante pour procéder à l'évacuation immédiate, on pratiqua

2 versions : 1 cas avec succès pour la mère,

1 cas pour présentation de l'épaule avec hémorragie persistante suivie de D.A.

Mort de la mère après hémorragie minime de la délivrance et essai infructueux de transfusion.

1 *Basiotripsie* que l'état général de la femme rendait nécessaire. Elle fut suivie de la mort de la mère aussitôt après évacuation du fœtus et malgré un essai de transfusion (2682-22).

*Dans 4 cas*, la dilatation était insuffisante :

1 cas on pratiqua l'abaissement prophylactique du pied, satisfaisant pour la mère ;

2 fois le décollement du placenta fut réalisé car les enfants étaient morts (et prématurés). On termi-

na l'accouchement par version, mais dans 1 cas il fallut pratiquer une *crânioclasie* sur tête dernière.

1 fois, on essaya de compléter la dilatation par *dilatation bimanuelle* suivie d'extraction après basiotripsie et délivrance artificielle immédiate. L'état général s'aggrava puis s'améliora, mais la mort survint au 21<sup>e</sup> jour par septicémie (659-21).

AU TOTAL, il fut pratiqué :

4 versions, dont 2 précédées de manœuvres de SIMSON ;

2 basiotripsies, dont 1 après dilatation bimanuelle ;

1 abaissement du pied.

DÉLIVRANCE. — 6 délivrances artificielles après l'intervention ;

3 hémorragies après la délivrance, dont 1 suivie de la mort de la mère.

RÉSULTATS. — *Maternels* : 3 morts (2 pour hémorragies, 1 par infection) ;

2 cas de suites de couches fébriles.

*Fœtaux* : tous les enfants sont morts, 3 plus petits que 2000 grammes.

Dans l'ensemble, l'application des ballons contre l'hémorragie fut réalisée dans 26 cas après la rupture des membranes. 3 femmes sont mortes, 24 enfants sont morts, 11 pesant moins de 2000 gr.

#### B) MÉTHODES DIVERSES (15 cas)

*Parité* : 3 primipares pour 12 multipares.

*Terme* : 3 à 9 mois, 12 prématurément :

4 à 8 mois, 4 à 7 mois.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE TOUCHER ET LA  
MENSURATION DES MEMBRANES. — L'insertion du placenta était 6 fois centrao-partielle,

5 fois marginale,

1 fois latérale,

3 fois imprécisée.

*Mode de terminaison de l'accouchement*

Ici encore, l'hémorragie fut rebelle, mais on n'appliqua pas de ballons après l'échec de la rupture.

*Dans 6 cas*, le travail était très avancé.

— 2 fois la dilatation était complète, et on pratiqua 2 versions qui :

*Pour la mère*, donnèrent des résultats peu satisfaisants, puisque chaque fois, les signes de choc furent très graves, les suites de couches fébriles.

*Pour l'enfant*. Dans un seul cas, l'enfant fut extrait vivant.

— 4 fois, on voulut compléter la dilatation : dans 1 cas on termina par basiotripsie, dans 3 cas, on fit une version :

1 fois sans incident ;

2 fois on rencontra de grosses difficultés puisque il fallut : a) perforation sur tête dernière ; b) hystérectomie pour *rupture du segment inférieur*.

— 5 fois, manœuvre de BRIXTON-HICKS qui arrêta l'hémorragie, mais :

Dans 1 cas, il fallut une crânioclasie sur tête dernière ;

Dans 1 cas, la mère mourut au 28<sup>e</sup> jour par infection (2789-27).

— 2 fois, manœuvre de SIMSON, parce que l'enfant était mort. Il fallut terminer dans 1 cas par crânioclasie.

— 2 fois on pratiqua alors que la dilatation était peu avancée, une injection d'*hypophyse* qui, chaque fois, arrêta l'hémorragie.

Il est vrai que dans 1 cas il y avait insertion latérale du placenta, l'enfant fut extrait vivant ; dans l'autre cas, il y eut tétanisation utérine, l'enfant mourut dans les suites de couches, avec un enfoncement du pariétal droit.

DÉLIVRANCE. — 6 fois on pratiqua la *délivrance artificielle* après une intervention.

3 fois on observa une hémorragie de la délivrance :

2 fois avant, 1 fois après.

RÉSULTATS : *Maternels*, 1 mort par infection ; 8 cas où les suites de couches furent fébriles avec une phlébite,

*Fœtaux* : 13 enfants morts dont 3 seulement pesaient moins de 2000 grammes.

3) DANS 5 CAS, LA RUPTURE ARTIFICIELLE  
NE PUT PAS ÊTRE PRATiquÉE

PARITÉ. — 3 primipares pour 2 multipares.

TERME. — 2 à 9 mois, 3 prématurément :

2 à 8 mois ;

1 à 7 mois.

RÉSULTATS DU TOUCHER. — Toujours il s'agissait d'insertion centro-partielle du placenta.

*Mode de terminaison de l'accouchement*

Dans 4 cas : Application de ballons :

2 fois, il s'agissait de multipares à col souple, avec placenta recouvrant. On crut avoir rompu les membranes.

2 fois, il s'agissait de primipares chez qui la dilatation était peu avancée. On ne put rompre les membranes. On termina l'accouchement 2 fois par un abaissement prophylactique du pied (2 enfants morts).

1 fois par une grande extraction pour procidence du cordon (enfant mort).

1 fois par version suivie de délivrance artificielle avec bons résultats pour la mère et l'enfant.

Dans 1 cas, chez une primipare à terme, l'hémorragie devenant menaçante, malgré l'application du ballon, on fit une césarienne basse avec succès.

DÉLIVRANCE. — On pratiqua 2 délivrances artificielles, après intervention.

1 révision utérine pour rétention de membranes.

RÉSULTATS. — *Maternels* : 1 cas de choc grave après abaissement du pied et R.U.

2 cas de suites de couches fébriles.

*Fœtaux* : 3 enfants morts.

METHODES CHIRURGICALES

Dans 13 cas où elle fut appliquée d'emblée,

avant toute méthode obstétricale, nous distinguons 2 groupes :

1° Les cas où l'intervention fut pratiquée pour lutter directement contre l'hémorragie (9 cas).

2° Les cas où elle fut pratiquée en raison des dystocias complexes associées à l'insertion vicieuse du placenta.

PARITÉ. — 4 primipares pour 9 multipares.

TERME. — 7 au voisinage du terme,  
6 prématurées : 4 à 8 mois, 2 à 7 mois.

1<sup>er</sup> Groupe (9 cas).

L'insertion du placenta fut toujours recouvrante vérifiée par le toucher et l'intervention.

Les caractères de l'hémorragie étaient variables et ce sont eux qui dictèrent la conduite à tenir ;

1 cas d'hémorragie cataclysmique chez une primipare au 8<sup>e</sup> mois, après des hémorragies répétées, fit pratiquer d'urgence, l'enfant étant mort, une hystérectomie en bloc (1315-29).

4 cas d'hémorragies très abondantes avec diagnostic d'insertion recouvrante. On pratiqua : 4 césariennes hautes classiques avec résultats satisfaisants pour la mère et l'enfant. Toutefois, nous devons signaler qu'un enfant mourut au 34<sup>e</sup> jour.

4 cas d'hémorragies d'abondance moyenne mais continues avec signe d'anémie. On pratiqua :

Une césarienne haute conservatrice,  
une césarienne basse conservatrice,

deux césariennes mutilatrices :

1 pour hémorragie au cours de l'intervention (804-29) ;

1 pour multiparité et en raison de l'âge de la femme (mort au 5<sup>e</sup> jour, avec syndrome d'occlusion intestinale). A l'autopsie, on trouva un volvulus du grêle.

2<sup>e</sup> Groupe. — Dans 4 cas, l'intervention fut pratiquée en raison des dystocies complexes associées. On pratiqua 4 fois une césarienne haute conservatrice : 1 fois pour procubitus du cordon (1399-27) ;

3 fois pour bassin généralement rétréci.

Au total : Pour 13 cas, où l'intervention fut pratiquée d'emblée, il y eut 1 cas de mort de mère, 2 cas de mort d'enfants, mais l'un était mort avant, l'autre mourut après l'intervention.

Nous croyons utile d'ajouter à ce tableau et bien qu'ils aient déjà été mentionnés au cours de la méthode obstétricale, les cas où en fin de compte on eut recours à l'intervention chirurgicale, soit parce que le traitement obstétrical ne suffisait pas pour terminer d'une façon satisfaisante pour la mère et pour l'enfant, l'accouchement,

soit parce que le traitement obstétrical avait créé une complication nouvelle : la rupture utérine.

a) *premier groupe, 2 césariennes basses* permirent d'extraire 2 enfants vivants,

1 fois après application de ballons qui ne suffit pas à arrêter l'hémorragie,

1 fois pour présentation de l'épaule après rupture spontanée et précoce des membranes avec bassin généralement rétréci chez une multipare traitée pour spécificité, qui ne possédait aucun enfant vivant.

1 *hystérectomie vaginale* (2458-23) pour adhérences utéro-placentaires.

Dans ce groupe, il n'y a pas de mortalité maternelle.

b) *deuxième groupe*, 3 hystérectomies sub-totales furent pratiquées après rupture utérine.

1 fois après accouchement spontané, la mort survint au 5<sup>e</sup> jour (3362-27).

2 fois après version pour présentation de l'épaule :

Dans 1 cas après dilatation bi-manuelle, la femme survécut.

Dans 1 cas, la mort survint après l'intervention.

*Au total* : Ce dernier groupe où l'intervention fut pratiquée après une complication créée par la méthode obstétricale, comporte 2 cas de mort, pour 3 femmes opérées.

## CHAPITRE III

### Étude Critique

Dans les deux chapitres précédents, nous nous sommes bornés à étudier d'une part, les caractères généraux des hémorragies, d'autre part, la conduite observée pour lutter contre elles. Nous allons maintenant, essayer d'en dégager quelques conclusions.

A) AU COURS DE LA GESTATION. — Nous avons vu que les hémorragies dues à l'insertion basse du placenta étaient fréquentes à cette période, puisque on les a observées dans 67 % des cas. Elles prennent donc une grosse valeur diagostique, puisqu'elles constituent le premier signe qui attire l'attention.

a) Rarement, leur abondance ou leur répétition par l'altération de l'état général qu'elles ont entraînée ont nécessité une intervention, puisque nous n'en avons réuni que 8 cas pour 92, soit : 8,7 %.

Dans aucun cas, il n'y a eu d'intervention chirurgicale. Cependant, nous insistons sur les 2 cas :

— Où l'application du ballon a échoué ;

Où les signes de choc et d'anémie étaient tels qu'après la délivrance, la femme n'a pu être sauvée que de justesse, dans un cas grâce à une transfusion (570 22), Cf. Observations.

Ainsi, devant ces graves dangers, est-il préférable d'avoir recours d'emblée à l'intervention chirurgicale, quel que soit l'état du fœtus toujours très compromis, toutes les fois qu'une hémorragie devient réellement menaçante pour la vie de la mère au cours de la gestation.

b) Le plus souvent, l'hémorragie permet de laisser évoluer la gestation jusqu'au déclenchement spontané du travail sans danger pour la mère. En général, elle se reproduira au cours du travail (77 cas pour 92). Il est vrai que dans 10 cas, elle sera si minime que toute intervention sera inutile.

Plus rarement (7 cas) l'hémorragie ne s'est pas reproduite et dans ces cas, nous devons insister sur le fait que toujours les membranes étaient rompues spontanément, prématurément ou précocement. On est en droit d'attribuer l'absence d'hémorragie à cet incident fortuit et favorable.

Pouvait-on prévoir une évolution aussi favorable de l'hémorragie ? aucun caractère différentiel ne nous a permis de distinguer ces cas de ceux où l'hémorragie a été plus redoutable. Ils correspondaient cependant à des insertions latérales, diagnostic difficilement porté par le toucher au cours de la gestation.

B) AU COURS DU TRAVAIL. — Ainsi, nous voyons que dans la majorité des cas (63 %) l'hémorragie du travail a été précédée par une ou plusieurs hémorragies de la gestation.

Mais, dans 45 cas (soit 37 %) elle en a constitué la première manifestation et ne fut pas pour cela moins redoutable.

Nous ferons remarquer que dans ces 45 cas, il s'agissait de :

23 gestations au voisinage du terme,

14 gestations dépassant 8 mois,

8 gestations seulement au voisinage de 6 et 7 mois. De même l'insertion du placenta dans ces cas, était presque toujours centro-partielle ou marginale. En effet, nous en relevons :

|                           |    |
|---------------------------|----|
| Centro-partiels . . . . . | 11 |
| Marginaux . . . . .       | 18 |
| Latéraux . . . . .        | 10 |
| Cas imprécisés . . . . .  | 6  |

Ainsi, on peut conclure que ces variétés d'insertions plus ou moins recouvrantes permettent souvent à la gestation d'évoluer jusqu'au voisinage du terme sans hémorragie avant le début du travail. Elles n'en sont pas pour cela moins redoutables.

D'autre part, les renseignements fournis par le toucher, ainsi que les résultats des thérapeutiques employées vont nous permettre de conclure que si l'abondance de l'hémorragie n'est pas toujours en rapport avec la variété d'insertions du placenta, c'est surtout celle-ci qui explique les insuccès des méthodes utilisées :

a) Nous avons vu que dans 32 cas, toute intervention avait été inutile, car l'hémorragie fut peu abondante. Nous devons distinguer 2 groupes :

1° 8 fois les membranes furent rompues lorsque la dilatation fut complète. Ainsi la gestation et l'accouchement furent aussi rapprochés que possible des conditions normales. Cependant, nous y enregistrons :

Du côté materel : 1 cas de mort après hystérectomie (3362-27. Cf. observ.), pour rupture spontanée de l'utérus.

Du côté des enfants : Il y eut 6 prématurés, 2 enfants morts, l'un de procidence, l'autre dans les suites de couches.

Ainsi, l'étude de ce groupe laisse prévoir que quelles que soient les thérapeutiques employées, au cours des placentas vicieusement insérés avec hémorragies, on ne saura demander à ces méthodes d'abaisser au delà d'une certaine limite le taux de la mortalité aussi bien maternelle que fœtale.

Elle montre aussi la circonspection extrême avec laquelle toute manœuvre obstétricale complexe devra être entreprise, étant donnée la fragilité spontanée du segment inférieur (3362-27).

2° Dans les 25 cas qui constituent le 2° groupe, la rupture des membranes était réalisée spontanément. Parce que l'hémorragie fut minime ou absente au chapitre de la méthode de la rupture des membranes, nous croyons légitime d'envisager leurs ré-membranes.

Nous ferons remarquer que dans ces cas de rupture prématurée ou précoce des membranes, il n'y eut que 4 cas de suites de couches fébriles ;

De même pour 17 cas de travail prématuré 7 fois seulement les membranes avaient été rompues prématurément.

D'où on peut conclure que la rupture prématurée des membranes n'est pas la seule cause d'accouchement prématuré au cours d'insertions basses du placenta,

Qu'elle est largement compatible avec l'absence d'infection ovulaire.

Enfin, il convient de se demander pourquoi, même en l'absence de la rupture précoce des membranes, l'hémorragie a été si particulièrement bénigne. Nous avons vu que ces cas correspondaient à des insertions latérales ou marginales du placenta ; quant au rôle de la présentation, nous devons faire remarquer que dans au moins 2 cas, elle appuyait mal, puisqu'il y eut 2 procidences.

b) Dans 38 cas, la rupture des membranes a été réalisée artificiellement et a suffi à obtenir l'arrêt de l'hémorragie. Nous remarquons que celle-ci était d'abondance variable, puisque dans 13 cas, elle fut importante avec 5 cas où l'altération de l'état général était grave. Cependant, elle n'en fut pas moins arrêtée par la rupture des membranes.

Le toucher vaginal et l'examen des membranes montra que dans 4 cas seulement il s'agissait d'insertions centro-partielles, les autres cas étant marginaux ou latéraux.

Il est légitime d'ajouter pour apprécier la valeur de la rupture des membranes, à ces 38 cas, les 25 cas où la rupture était réalisée spontanément. Ainsi, dans 62 cas, LA RUPTURE DES MEMBRANES COÏNCIDA AVEC L'ABSENCE OU L'ARRÊT DE L'HÉMORRAGIE.

Du côté maternel, nous ne relevons qu'un cas de mort après version pour présentation de l'épaule qui a provoqué une rupture utérine, la mort est survenue quelques instants après l'hystérectomie.

Nous ferons remarquer, à la décharge de la méthode, que si la présentation vicieuse est le résultat de l'obstacle placentaire et si la rupture des membranes peut être rendue responsable de la rétraction utérine, la déchirure du segment inférieur semble

plutôt attribuable à une manœuvre brutale effectuée alors que la dilatation était incomplète ;

Une intervention chirurgicale pratiquée avant l'accouchement eut probablement sauvé la mère et l'enfant ainsi que dans l'observation n° 1904-27. Il est vrai que les indications d'une césarienne y étaient plus nettes encore (Cf. observ.).

Même si nous mettons ce cas de mort au passif de la méthode, la mortalité y reste faible (1 cas pour 62, soit 1,6 %).

Résultats qu'aucune méthode chirurgicale ne nous permettrait d'atteindre.

*Pour ce qui est de la morbidité maternelle*, nous retiendrons parmi les 17 cas de suites de couches fébriles, 2 cas particulièrement inquiétants où la température à 39 s'est maintenue pendant 1 semaine dans 1 cas, plus de 40 jours dans l'autre cas où la femme partit sur sa demande.

*Du côté des enfants* : le taux de la mortalité est beaucoup plus élevé :

26 enfants sont morts pour 63 enfants extraits (soit 41,2 %) mais 12 pesaient moins de 2000 gr.

Parmi les 14 enfants viables, 10 seulement étaient vivants au début du travail et capables *a priori* de survivre après l'accouchement (soit 15,8 %) Eux seuls auraient pu être sauvés par une intervention chirurgicale qui par contre aurait exagéré les risques maternels.

Si nous précisons les causes de mort de ces 10 enfants nous voyons que 4 sont morts à la fin du travail,

- 1 fois par présentation de l'épaule,
- 1 fois après procidence du cordon,
- 1 fois après grande extraction du siège,

1 fois après application de forceps.

Les autres sont morts au cours du travail et l'accouchement a été normal.

c) Nous avons vu que dans 41 cas sur 104 soit 40 % des cas LA RUPTURE DES MEMBRANES FUT ESTIMÉE INSUFFISANTE. Ce chiffre paraît très élevé si nous le comparons à ceux qui furent donnés à la clinique BAUDELLOCQUE où ils n'atteignent pas 20 % ; nous ferons remarquer, en effet, que dans 14 cas, les ballons furent appliqués systématiquement après la rupture des membranes et il est permis de penser que dans quelques-uns de ces cas, celle-ci aurait suffi à arrêter l'hémorragie ; on peut faire la même remarque à propos des 2 cas traités par injection d'hypophyse.

Il n'en reste pas moins vrai que dans ces 41 cas il s'agissait presque toujours d'*hémorragie alarmanante*.

Les résultats du toucher et de l'examen des membranes montrèrent qu'il s'agissait dans 18 cas d'insertions partiellement ou entièrement recouvrantes, dans 19 cas d'insertions marginales.

Cote ces hémorragies, nous avons énuméré les diverses méthodes employées et nous attirons l'attention sur cette très grande diversité.

LES BALLONS furent appliqués dans plus de la moitié des cas (26 pour 41).

19 cas, ils apparurent comme un bon moyen d'*hémostase*, mais nous avons enregistré 10 cas de suite de couches fébriles ; dans 9 cas, ils *échouèrent*.

Le toucher avait montré qu'il s'agissait toujours de placentas plus ou moins recouvrants.

Ces échecs furent *graves*, puisqu'ils entraînèrent 3 cas de mort que nous avons déjà rapportés.

Nous rappellerons cependant que :

Dans l'un, elle survint au cours d'une hémorragie minime au cours de la délivrance, alors que pendant l'accouchement qui fut laborieux, la femme avait présenté des signes de shock de plus en plus graves.

Dans l'autre la mort survint par shock avant la délivrance.

Dans le 3<sup>e</sup> enfin elle survint au 26<sup>e</sup> jour par infection alors que la malade avait survécu à un accouchement où l'état d'anémie extrême avait inspiré de très sérieuses inquiétudes.

Ainsi le taux de la *mortalité maternelle* fut de 3 cas pour 26 (soit 11,5 %).

Le taux de la mortalité infantile fut plus élevé encore pour 26 enfants extraits, 24 sont morts dont 11 pesaient moins de 2.000 gr.

*Méthodes diverses* : D'autres méthodes que l'application des ballons furent tentées dès que la rupture des membranes fut estimée insuffisante. Nous les avons énumérées et si nous comparons et analysons les résultats, ceux-ci viennent nous confirmer que :

LE DÉCOLLEMENT DU PLACENTA peut constituer une bonne méthode d'hémostase à ne pratiquer que lorsque l'enfant est déjà mort. LA MANŒUVRE DE BRITTON-HICKS fut également un excellent moyen pour lutter rapidement et efficacement contre l'hémorragie alors que la dilatation était encore peu avancée.

Toujours elle fut meurtrière pour l'enfant et

nous avons enregistré un cas de mort de mère au 18<sup>e</sup> jour dû à l'infection.

LA DILATATION BI-MANUELLE se montra un procédé redoutable à la fois dangereux et impuissant puisque sur les 3 cas où elle fut appliquée d'emblée, après rupture des membranes, une fois seulement elle put se terminer sans incident pour la mère. Dans le second cas, on eut de grosses difficultés à extraire l'enfant par cranioclasie sur tête dernière. Dans le 3<sup>e</sup> cas on eut à pratiquer une hystérectomie pour rupture du segment inférieur, la femme survécut à l'intervention.

LES INJECTIONS D'HYPOPHYSE. — Les injections donnèrent un résultat heureux dans 1 cas pour la mère et pour l'enfant mais il correspondait à une insertion latérale du placenta. — Dans l'autre cas les dangers habituels de cette thérapeutique apparurent dans toute leur netteté, la vie de la mère fut menacée par l'imminence d'une rupture utérine. L'enfant mourut les jours suivants présentant un enfoncement considérable du pariétal droit.

Seule LA VERSION A LA DILATATION COMPLÈTE apparaît comme le procédé le plus logique à condition que cette condition soit réellement remplie, ce qui est rare puisque nous avons montré que l'hémorragie se manifestait presque toujours dans la 1<sup>re</sup> moitié du travail.

Dans 1 cas redoutable elle permit d'extraire un enfant vivant cependant fortement compromis.

Pour les mères l'état de shock après l'accouchement fut inquiétant<sup>o</sup>; les suites de couches furent fébriles.

AU TOTAL : l'application de ces multiples méthodes ne donna pas de meilleurs résultats que l'application des ballons, puisque sur 15 cas il y eut une mort de femme,

13 enfants morts dont 2 seulement pesaient moins de 2.000 gr.

Ainsi, dans l'ensemble, les cas où la rupture des membranes a été estimée insuffisante :

— correspondaient toujours à 1 insertion plus ou moins recouvrante du placenta,

— ont entraîné des méthodes obstétricales variées dont les indications furent peut être exagérées mais dont les résultats constituent un véritable enseignement :

Pour 41 cas :

4 femmes sont mortes (soit 9,7 %) sans compter les dangers d'infection mortelle que coururent les 20 femmes dont les suites de couches furent fébriles.

37 enfants sont morts, dont 13 seulement pesaient moins de 2000 gr. (soit 92 % de mortalité).

d) Il convient d'ajouter au passif de la rupture des membranes 5 cas où elle fut impossible à réaliser. Cette impossibilité qui, pour certains auteurs, serait rencontrée dans près de 1/5 des cas, n'aurait jamais été constatée par M. le Professeur PINARD. Il faut cependant reconnaître que pour les 5 cas que nous avons réunis, 3 fois au moins, les membranes étaient difficiles à atteindre en raison de la faible dilatation. Nous attirons l'attention sur ce fait que lorsque les membranes n'étaient pas rompues, la pose des ballons n'amena pas l'arrêt de l'hémorragie. Et il a été nécessaire de les rompre dès que la dila-

tation a été suffisante, puis de terminer l'accouchement par une manœuvre obstétricale complexe.

Nous insistons particulièrement sur un cas où, ayant constaté l'échec du ballon, plutôt que de courir les risques de ces manœuvres incertaines, on n'hésita pas à pratiquer une césarienne basse qui donna les meilleurs résultats.

Ainsi, au début du travail, dans les cas où la rupture des membranes est impossible sans dilater le col, où l'insertion du placenta ne peut guère être précisée, les conditions sont en somme à peu près identiques à celles qu'on rencontre au cours des hémorragies abondantes de la gestation.

On est donc logiquement amené dans ces cas à préférer à la méthode obstétricale, la méthode chirurgicale.

e) La méthode chirurgicale fut réalisée 13 fois avant toute tentative d'ordre obstétrical.

*Du côté maternel*, parmi les cas d'hystérectomie, on observa 1 cas de mort, remarquons qu'il s'agissait d'une multipare anémiée par des hémorragies abondantes. On fut ainsi amené à pratiquer une hystérectomie après l'extraction de l'enfant.

Ce seul cas de mort au passif de la méthode chirurgicale pratiquée d'emblée est aussi un des 2 cas d'hystérectomie après césarienne qui furent pratiqués dans ces 10 années à la Maternité. Cependant, cette méthode est de plus en plus préconisée avec de beaux résultats à l'appui, pour la sécurité qu'elle assure à la mère, au double point de vue de la reprise de l'hémorragie et de l'infection utérine. L'observation n° 804-29 vint d'ailleurs confirmer les dangers de l'hémorragie qui peut survenir au moment de la suture de la paroi utérine, et obliger à pratiquer une

hystérectomie qu'on n'avait pas prévue au début de l'intervention.

Enfin, dans un 3<sup>e</sup> cas, l'hystérectomie fut pratiquée en bloc pour éviter la mort de la mère par hémorragie cataclysmique, alors que l'enfant était mort avant l'intervention.

Tous les autres cas (10) concernent des césariennes conservatrices et 1 seule fois on pratiqua une césarienne basse. Cette majorité de césariennes hautes s'explique par la date toute récente de la pratique des césariennes basses.

On comprend aussi que les conditions requises pour pratiquer la césarienne haute expliquent les bons résultats de cette série où il n'y eut pas de mortalité maternelle ni fœtale parce que l'état général était encore bon et l'enfant résistant. (Nous devons cependant mentionner la mort d'un enfant au 34<sup>e</sup> jour, par bi-pneumonie, qui ne saurait être imputée à la méthode.)

Les indications à l'intervention étaient nettes : dans 5 cas (l'abondance de l'hémorragie, l'insertion recouvrante, constatée par le toucher, vérifiée à l'intervention) ; dans 4 cas : l'association de l'insertion vicieuse, quelle qu'en soit la variété, à une dystocie complète complexe surajoutée (le plus souvent un bassin G.R.).

*La Mortalité maternelle* est donc de 7,6 %.

*La Mortalité fœtale* y est de 15 %.

On peut évidemment considérer cette série de cas comme une bonne série, car elle ne comporte que 13 observations. Cependant, on voit que la mortalité maternelle est à peu près égale à celle qui fut observée dans les 41 cas graves traités obstétricalement (8,7 %).

Par contre, la mortalité foetale est considérablement diminuée. Il est vrai qu'on a choisi surtout, et nous l'avons fait remarquer, des cas au voisinage du terme.

Ainsi, la mortalité due à la prématuration a été soigneusement écartée et l'écart qui existe avec le chiffre donné dans les cas traités avec succès par la rupture des membranes (41 %) s'explique donc avec facilité ; nous avons trouvé, en enlevant les cas de prématuration, le taux de 15,8 %.

En outre, la mortalité foetale après l'intervention chirurgicale, diminue encore si on y ajoute les 2 cas où les enfants furent extraits vivants après césarienne basse pratiquée après la rupture des membranes : une fois pour présentation de l'épaule, l'autre fois après échec du ballon.

A ces interventions pratiquées au cours de l'accouchement, nous devons ajouter 4 hystérectomies pratiquées soit après la délivrance, soit dans les suites de couches. Elles permirent de sauver 2 femmes pour 4 cas qui se seraient indubitablement terminés par la mort en l'absence d'intervention.

Il existe enfin un avantage incontestable de la méthode chirurgicale, elle ne laisse pas la mère sous la menace des divers accidents de la délivrance dont nous allons maintenant nous occuper.

B) 1° *Au cours de la délivrance, les accidents hémorragiques* qui furent observés ne furent pas les moins redoutables et on peut en tirer quelques conclusions importantes.

Il est rare que l'hémorragie de la délivrance soit l'unique manifestation hémorragique observée au cours des insertions vicieuses du placenta, nous n'en avons observé que 3 cas qui furent sans gravité mal-

gré l'abondante perte de sang qui dépassa toujours 1000 gr.

Le plus souvent, d'autres hémorragies l'ont précédée *et il est bien évident* que l'hémorragie de la délivrance est grave non seulement par son abondance, mais par le fait qu'elle survient chez des femmes qui ont antérieurement saigné.

Il faudra avant d'entreprendre une manœuvre obstétricale quelconque se demander si l'état de la mère permettra à celle-ci de supporter sans danger une hémorragie de la délivrance toujours possible quelle que puisse en être son abondance.

Il semble exister en effet, une limite, un véritable seuil, variable avec chaque sujet, au delà duquel l'état général s'altère brusquement pour une perte de sang minime.

Cette crainte d'hémorragie grave de la délivrance, est d'autant plus légitime avant de pratiquer toute intervention obstétricale, que c'est dans ces cas qu'elle a pris son caractère d'extrême gravité. Nous en avons relevé 4 cas après extraction laborieuse de l'enfant ayant nécessité une anesthésie générale. Dans 2 cas, une transfusion eut certainement une action favorable, dans un autre cas la mort survint alors que la transfusion ne put être réalisée. Nous faisons remarquer à propos de cette dernière observation qu'il s'agissait d'une multipare et que l'hémorragie survint après la délivrance. Elle ne fait que confirmer ce que l'étude de l'ensemble des cas d'hémorragie de la délivrance nous a déjà montré :

Les multipares sont particulièrement exposées à des hémorragies.

Les hémorragies qui ont donné le maximum d'inquiétude sont survenues après la délivrance.

Contre les hémorragies de la délivrance et même pour les prévenir, on ne saurait trop préconiser la pratique des transfusions sanguines, thérapeutique sur laquelle nous aurons encore à revenir.

2°) De ces véritables hémorragies de la délivrance il faut séparer les cas où un suintement sanguin persista après l'expulsion du placenta, surtout dans les cas où l'accouchement avait été terminé, artificiellement, avec quelques difficultés. Ces hémorragies résultaient de fissures cervicales propagées à la région isthmique et furent dépistées par une révision du col à la main et sous le contrôle de la vue à l'aide de valves.

Nous en avons contrôlé 3 cas certains, vérifiés par l'intervention chirurgicale et qui se terminèrent 2 fois par la mort. Dans 1 cas, remarquons que la rupture avait eu lieu au cours d'un accouchement normal et qu'on avait ainsi peu de raison de penser à la rupture utérine.

Dais en réalité, ces cas doivent devenir exceptionnels à mesure qu'on se livrera moins à des manœuvres qui déguisent l'accouchement forcé.

3°) Enfin, à côté des accidents hémorragiques, il est un autre incident de la délivrance qui dans un cas a nécessité l'intervention : c'est le non-décollement du placenta.

Dans 2 cas, il nécessitait une délivrance artificielle et une révision utérine.

Dans 1 cas, une hytéristomie fut nécessaire, car on n'avait pu rompre à la main les adhérences utéro-placentaires sans danger pour la paroi utérine.



## CHAPITRE IV

### Étude d'ensemble de la Mortalité maternelle et fœtale

Au cours d'ensemble de cette statistique nous avons donc pu observer :

Pour 140 mères :  
7 cas de mort (soit 5 %).

Pour 142 enfants extraits :  
75 enfants morts (soit 52,8 %)

#### MORTALITÉ FOETALE :

##### 1. Causes de la Mortalité

Parmi ces enfants morts 30 pesaient moins de 2.000 grammes et avaient donc peu de chances d'être sauvés par une intervention de quelque nature qu'elle fût.

Au sujet des 45 enfants qui étaient, a priori, viables, nous avons recherché jusqu'à quelle période de l'accouchement ils furent constatés vivants.

a) 4 étaient morts avant le début du travail ou à l'extrême début au moment où la femme fut examinée.

Aucune intervention n'aurait donc pu les sauver.

Il s'agissait de : 2 macérés.

1 hérédo-syphilitique.

1 cas où l'hémorragie était si abondante qu'il fallut pratiquer d'urgence une hystérectomie en bloc.

b) 4 moururent après l'accouchement : dans 2 cas encore aucune intervention ne pouvait les sauver puisque l'un mourut au 34<sup>e</sup> jour par m. km. après avoir été extrait par Césarienne, l'autre mourut quelques jours après l'accouchement qui avait été normal.

Dans les deux autres cas leur mort fut en rapport direct avec la méthode utilisée pour combattre l'hémorragie :

1 fois après l'enfoncement du pariétal alors qu'une injection d'hypophyse au cours de l'accouchement avait provoqué chez la mère de la tétanisation utérine.

1 fois après version pour présentation de l'épaule.

c) dans la majorité des cas ils moururent au cours du travail et après le moment où une thérapeutique active fut pratiquée contre l'hémorragie :

11 fois après rupture des membranes.

11 fois après l'application du ballon.

2 fois après l'abaissement du pied.

1 fois après injection d'ergotine, avant l'entrée dans le service, qui avait provoqué de la contraction utérine.

5 fois au cours d'extractions.

3 versions dirigées contre l'hémorragie.

2 forceps appliqués après ballon pour fatigue de la mère et souffrance fœtale.

6 fois au cours de procidence.

1 fois au cours d'une présentation du front.

II. — Nous allons maintenant étudier dans quelle proportion joua chacune de ces causes :

a) Dans près de la moitié de ces cas 48 % nous voyons qu'aucune intervention ne pouvait empêcher la mort de l'enfant puisque dans 30 cas ils étaient prématurés.

Dans 6 cas leur mort était indépendante de toute intervention.

b) Dans l'autre moitié des cas (52 %) on peut, a priori, attribuer leur mort aux diverses manœuvres obstétricales après lesquelles les bruits du cœur ne furent plus perçus.

Dans 29 cas, en effet, la mort peut être imputée directement à la méthode employée ; (retenons le chiffre de 13 cas après application du ballon).

Dans 8 cas, la mort fut le résultat dystocie favorisée par l'obstacle placentaire lui-même ou par la méthode employée. Nous relevons :

6 cas de procidence : dont 4 après application de ballons, 2 après rupture des membranes.

1 présentation du front.

1 présentation de l'épaule.

III. — La pratique des césariennes apparaît comme la méthode de choix pour l'enfant puisque elle évite les risques des méthodes obstétricales qui sont responsables, nous l'avons vu, de 50 % environ des cas de mort. Il est vrai que par le choix des cas au voisinage des termes, elle écarte la prématuration. Ainsi s'expliquent les résultats particulièrement favorable de nos 14 cas de césariennes où l'on observa qu'un cas de mort d'enfant au 34<sup>e</sup> jour.

L'application de cette méthode à la Maternité nous permet d'envisager 2 périodes dans notre statistique :

De 1921 à 1925 : Deux césariennes seulement furent pratiquées, le taux de la mortalité foetale y est de 35 enfants morts pour 56 enfants extraits soit 62,5 %.

De 1925 à 1930 : où 12 enfants furent extraits par césarienne dont 1 seul mourut.

Le taux de la mortalité foetale pendant cette période est de 40 enfants morts pour 86 enfants extraits soit 46,5 %.

Cette différence de 16 % peut donc seulement être attribuée à la plus grande fréquence des césariennes.

Au contraire le taux de la mortalité maternelle n'y fut presque pas amélioré par la méthode chirurgicale.

Dans la première période on trouve 3 cas de mort pour 55 mères soit 5,4 %).

Dans la 2<sup>e</sup> période on trouve 4 cas de mort pour 84 mères, soit 4,7 %.

MORTALITÉ MATERNELLE. — Elle fut de 7 cas pour 140, soit 5 %. Ce taux de mortalité est faible si on envisage l'ensemble des cas.

En fait, on voit que :

4 appartiennent au groupe des échecs de la rupture des membranes.

2 doivent être attribués à la rupture utérine et le dernier à la méthode chirurgicale.

LA MÉTHODE OBSTÉTRICALE est donc responsable de 6 cas de mort.

Dans 2 cas elle fut impuissante à arrêter complètement l'hémorragie. L'état de shock progressif accru encore par les manœuvres obstétricales, se termina par la mort :

Dans 1 cas aussitôt après l'extraction de l'enfant après basiotripsie. (2.682-22).

Dans l'autre cas, au cours d'une hémorragie de la délivrance (2432-25).

Insistons sur ce fait que dans ces cas la *transfusion* fut tentée en vain et il est légitime de se demander si elle n'aurait pu éviter une issue aussi défavorable.

Ce sont en effet les deux seuls cas de mort dus à l'hémorragie ou au shock à côté des six cas traités par transfusion sanguine avec succès.

Dans un de ces cas ce fut vraisemblablement la transfusion pratiquée avant la délivrance qui permit à la mère de résister à une reprise de l'hémorragie après l'expulsion du placenta.

Dans 2 cas la femme mourut d'infection du 20° au 30° jour dans les suites de couches, toujours après des manœuvres obstétricales multiples :

1 fois après abaissement du pied (2789-27).

1 fois après échec du ballon et extraction de l'enfant ayant nécessité une basiotripsie (659-21).

Dans 2 cas la mort survint après l'intervention chirurgicale qui avait été pratiquée pour rupture utérine survenue :

1 fois spontanément ;

1 fois après version pour présentation de l'épaule.

A ces deux cas de rupture utérine qui entraînèrent la mort de la mère il faut ajouter un cas après dilatation bi-manuelle. L'hystérectomie permit de sauver la femme qui aurait certainement accru de 1 cas le passif de la méthode obstétricale et en particulier de la méthode de BONNAIRES.

Dans l'ensemble la méthode obstétricale donna

un taux de mortalité de 6 cas pour 137 mères, soit 4,7 %.

Mais on voit aussi que *l'infection* et la *violence* de l'évacuation utérine y sont responsables de 2/3 des cas de mort.

LA MÉTHODE CHIRURGICALE. — Il faut lui attribuer un cas de mort après césarienne suivie d'hystérectomie (obs. n° 3.583-30).

Le taux de la mortalité au cours de la méthode chirurgicale est donc de 7,6 %, c'est-à-dire sensiblement supérieure à celui qui fut observé au cours de la méthode obstétricale.

Ainsi, on pourrait conclure en comparant ces chiffres que la méthode obstétricale se révèle au point de vue maternel, supérieure à la méthode chirurgicale. En fait, cette conclusion est inacceptable par ce que, pour apprécier les résultats de chaque méthode on ne doit comparer que des cas réellement comparables.

Dans la *méthode chirurgicale* nous n'avons relevé que des cas graves ou susceptibles de le devenir.

Dans la *méthode obstétricale* nous devons donc tenir compte des distinctions que nous avons déjà observées :

*Dans 66 cas d'insertion basse avec hémorragie de la gestation ou du travail, la seule conduite observée se borna à la rupture large des membranes quand elle n'existait pas déjà.* Ces cas correspondaient à des insertions latérales ou marginales du placenta. Nous n'y relevons que 2 cas de mort dont un est nettement attribuable à une manœuvre obstétricale inopportune.

*Dans 46 cas des manœuvres obstétricales plus*

*complexes* furent pratiquées contre l'hémorragie, dont les indications nous parurent, il est vrai, exagérées. Le toucher vaginal montra qu'il s'agissait d'insertion marginale ou recouvrante. Dans ces 46 cas, nous relevons 4 *cas de mort* ; ce sont ces cas qui sont réellement comparables à ceux qui furent traitées par la méthode chirurgicale.

Nous arrivons donc aux conclusions que nous allons résumer dans le chapitre suivant, et qui nous semblent identiques à celles qui furent énoncées par M. le Professeur COUVELAIRE à propos des cas observés à la Clinique Baudelocque.



## CHAPITRE V

### Conclusions

En présence d'une hémorragie due à une insertion basse du placenta, c'est l'appréciation de son abondance, l'exploration du pôle inférieur de l'œuf, qui ont permis de préciser la conduite à observer.

I) AU COURS DE LA GÉSTATION. — L'hémorragie n'est qu'exceptionnellement abondante au point de nécessiter une intervention.

En raison de la faible dilatation du col et par conséquent de l'incertitude dans laquelle on se trouve au sujet de l'insertion placentaire dans laquelle on se trouve au sujet de l'insertion placentaire, en raison de la difficulté qu'on pourra rencontrer à déclancher le travail, mieux vaut avoir recours à la méthode chirurgicale.

II) AU COURS DU TRAVAIL. — Certaines variétés :

a) Dans les variétés latérales et marginales, la RUPTURE LARGE DES MEMBRANES a donné les meilleurs résultats et aucune méthode chirurgicale ne saurait lui être substituée.

b) C'est dans les variétés plus ou moins recouvrantes, où la rupture des membranes est le plus sou-

vent insuffisante, que les méthodes chirurgicales et obstétricales peuvent être confrontées.

LES DIVERSES MÉTHODES OBSTÉTRICALES COMPLÉMENTAIRES se sont toujours montrées meurtrières pour l'enfant.

Du point de vue maternel, le taux de la mortalité ne s'est pas montré supérieur à celui qui fut observé après les interventions chirurgicales. Mais on **pût** leur reprocher la possibilité d'insuccès au sujet de l'hémorragie, et en cas d'échec la nécessité d'être complétées par la méthode chirurgicale qui fut alors réalisée dans des conditions défavorables.

LA MÉTHODE CHIRURGICALE se montra un procédé de choix pour l'enfant quand il était vivant et viable.

Pour la mère elle demeure un procédé qui doit être réservé aux cas graves ou susceptibles de le devenir, en raison de l'importante critique qu'on peut lui adresser : la suppression ou l'amoindrissement fonctionnel de l'utérus.

En outre, il convient d'en fixer les modalités par une discrimination judicieuse des indications cliniques :

*La césarienne conservatrice* donna dans notre statistique d'excellents résultats. La pratique de la césarienne basse a permis dans deux cas d'étendre les indications.

*La césarienne suivie d'hystérectomie* : a été trop rarement pratiquée pour que nous puissions porter sur elle une appréciation justifiée. Elle nous apparaît comme étant souvent une intervention logique qui permet de parer au double danger qui pèse sur la femme : l'infection, à point de départ utérin, ou la reprise de l'hémorragie.

*L'hystérectomie en bloc*, quand l'enfant était mort constitua dans un cas, un excellent moyen d'hémostase rapide et définitive.

c) Plus rarement enfin il est des cas où la méthode chirurgicale est une nécessité indiscutable :

lorsqu'il s'agit d'arrêter une hémorragie véritablement cataclysmique ou une infection ovulaire manifeste ;

de parer à l'échec de la méthode obstétricale ou à une complication créée par elle.

Enfin, s'il s'agit de dystocie associée à l'insertion vicieuse.

d) Quelle que soit la méthode choisie, obstétricale ou chirurgicale, nous voulons pour terminer, insister sur la place qu'il faudrait attribuer à la transfusion sanguine dans le traitement de l'hémorragie et du shock. Il est probable que, grâce à cette méthode les interventions pourront être pratiquées sur ces malades dans des conditions meilleures qu'autrefois.

Ainsi de l'analyse de ces 140 cas d'insertion basse du placenta, nous pourrions conclure que c'est dans les cas graves ou susceptibles de le devenir qu'on peut espérer une amélioration des résultats :

par la pratique et le choix des techniques chirurgicales,

par l'aide précieuse de la transfusion sanguine.



## CHAPITRE VI

Nous allons, maintenant, donner *in extenso* les observations qui nous ont paru les plus caractéristiques :

I° Deux observations concernant une hémorragie abondante de la gestation ayant nécessité l'intervention avant le travail :

Observation n° 570-1922.

Observation n° 624-1922.

II° Deux observations concernant des hémorragies graves du travail avec mort de la femme :

Observation n° 2688-1922.

Observation n° 2432-1925.

III° Trois cas d'hystérectomie pour hémorragie du travail :

Observation n° 1315-1929.

Observation n° 804-1929.

Observation n° 3583-1930.

IV° Trois cas de rupture utérine :

Observation n° 735-1921.

Observation n° 742-1924.

Observation n° 3362-1927.

V° Un cas d'hystérectomie vaginale pour non décollement du placenta.

Observation n° 2758-1923.

VI° Deux cas d'infection grave après manœuvres obstétricales complexes, ayant entraîné la mort de la mère :

Observation n° 659-1921.

Observation n° 2789-1927.

VII° Un cas d'hémorragie grave de la délivrance bien supportée grâce à une transfusion nécessitée par une hémorragie du travail.

Observation n° 1422-1930.

OBSERVATION N° 570, année 1922

*Basiotripsie. Transfusion*

III° Gest., 32 ans

*Antécédents.* — Pathologiques : prolapsus utérin ayant nécessité la pose d'un pessaire en 1920.

Obstétricaux : les deux gestations en 1910 et 1912, ont été normales, ainsi que les accouchements. Enfants vivants.

*Gestation* actuelle D. R. : 28 mai (à terme).

Quelques glaires sanguinolentes en février.

Expulsion d'un caillot le 10 mars.

Le 13 mars, hémorragie plus abondante nécessitant transport à la Maternité.

A l'examen : H.U. 37 cm ; Tête élevée, mobile ; B. du C. nettement perçus.

Au toucher : Présentation inaccessible, col long, fermé, dévié à gauche.

Température : 37°5. Pouls à 84.

Le 14 mars, à 1 heure : Perte de sang très abondante, signes d'anémie aiguë. Pouls à 110. Col perméable.

*Essai de rupture des membranes.* — La femme perd à flots ; syncopes successives.

*Pose d'un ballon* qui permet d'obtenir une dilatation suffisante pour extraire l'enfant, qui est mort, par basiotripsie.

L'état général est tel qu'on estime qu'il serait dangereux d'intervenir par la voie haute.

*Accouchement.* — Anesthésie générale à l'éther.

Basiotripsie sans incidents, suivie d'extraction d'un fœtus mort pesant (3).

*Délivrance artificielle* immédiate suivie de révision utérine, et de tamponnement utéro-vaginal.

Au cours de ces diverses interventions, la femme n'a pas saigné.

Après l'intervention, très mauvais état général. Pouls à 140, syncopes successives.

Devant cet état alarmant, on pratique une transfusion de 300 gr., qui amène une amélioration manifeste : facies recoloré, pouls à 100, bien frappé.

*Suites de couches.* — Pendant 8 à 10 jours, la température se maintient à 38-39°. Après quoi, la température descendit progressivement.

La malade sort en bon état au 22<sup>e</sup> jour.

#### OBSERVATION N° 624, année 1922

*Insertion basse du placenta, ayant nécessité l'interruption de la gestation pour hémorragie abondante*

##### III<sup>e</sup> Gest. 33 ans

*Antécédents.* — Obstétricaux : I<sup>re</sup> gest. albuminurie, accouchement normal et à terme. Enfant vivant.

II<sup>e</sup> gest. avortement à 3 mois.

*Gestation actuelle* : D. R. 27 juin (8 mois).

Petites hémorragies au cours du 7<sup>e</sup> mois.

Surveillée par sage-femme pour fœtus très mobile.

Le 19 mars, la femme vient consulter à la Maternité où elle est admise pour hémorragie.

A l'examen : H. U. 31 cm. ; Tête dans la fosse iliaque gauche. B. du C. perçus.

Au toucher : Membranes intactes ; Col incomplètement effacé, perméable. On arrive sur du tissu placentaire à droite. Le toucher fait saigner.

A 11 h. 15, *hémorragie très abondante*, pouls à 120.

*Travail provoqué :*

*Rupture artificielle des membranes*, manœuvre difficile à réaliser, *Ballon de Champetiers de Ribes*.

Pendant l'intervention, la femme continue à saigner.

Les signes de shock s'accroissent ; le pouls est à 140.

Mise en position déclive, sérum, huile camphrée. Amélioration. L'hémorragie a cessé.

14 h. 25 : expulsion du ballon et reprise de l'hémorragie. Nouvelle application de ballon.

16 h. 50 : expulsion du ballon, mais la dilatation est suffisante pour terminer l'accouchement.

Version et abaissement des deux pieds ; tractions lentes et extraction, trois-quarts d'heure après, d'un enfant mort pesant 3.020 gr. Délivrance artificielle immédiate (450 gr.), R.U.

La femme ne saigne plus, mais état général des plus mauvais. Femme exsangue. Pouls incomptable.

Sérum artificiel. Adrénaline. Ligature à la racine des quatre membres.

A 20 h., amélioration qui va en progressant.

*Les suites de couches furent normales.*

La femme est sortie le 20<sup>e</sup> jour.

OBSERVATION N° 2688, année 1922

*Femme arrivée en état d'anémie aiguë par hémorragie durant  
depuis deux jours, au début du travail*

*Rupture des membranes. Ballon. Basiotripsie.*

*Mort de la femme avant la délivrance*

Primipare, âgée de 24 ans

*Antécédents.* — 0.

*Gestation.* — D.R.: 13 janvier (à terme). Normale, pas d'hémorragie.

*Début du travail* le 29 octobre, avec hémorragie peu abondante.

Dans la nuit du 30 au 31 octobre : hémorragie cataclysmique. La femme est envoyée à l'hôpital par son médecin qui pratique d'abord un *tamponnement* utéro-vaginal, sans rompre les membranes.

*A la Maternité :* 31 octobre, 6 heures : femme exsangue ; pouls à 120, irrégulier. Sérum, huile camphrée, position déclive.

Examen obstétrical : Tête volumineuse, mobile. B. du C. non perçus.

Au toucher : dilatation 5 fr. Placenta adhérent au pourtour du col. Membranes difficilement accessibles à droite. Bassin G.R. Diam. Pr. ssPub.: 10,7.

On estime que l'état général de la femme ne permet pas d'intervenir par la voie haute, d'autant plus que la dilatation permet d'agir par la voie basse.

*Rupture artificielle des membranes* et application d'un Ballon de 300 gr.

Vers 8 h. 30, la dilatation paraît suffisante pour faire une *Basiotripsie*, qui est réalisée facilement.

*Extraction* d'un enfant mort (poids ?).

Aggravation des signes de shock, malgré : oxygène, sérum, position déclive.

Mort de la femme à 9 h. 30, avant qu'on ait pu pratiquer la *délivrance*, et alors qu'on essayait de pratiquer une transfusion.

OBSERVATION N° 2432, année 1925.

*Hémorragie du travail et de la délivrance, avec insertion  
partiellement recouvrante du placenta  
Application du ballon, puis version podalique. D.A. immédiate.  
Mort de la femme pour continuation de l'hémorragie*

III<sup>e</sup> Gest., âgée de 30 ans

*Antécédents.* — Obstétricaux : les deux gestations ont été normales. Le premier enfant est mort de méningite à l'âge de six ans. Le deuxième est bien portant.

*Gestation actuelle* : D.R. ? (près du terme). Pas d'hémorragies.

Début du travail : Le 19 août. Hémorragie très abondante, qui fait transporter la femme à la Maternité.

17 heures : Utérus contracté ; tête dans la fosse iliaque gauche ; B. du C. non perçus.

Au toucher : col largement perméable. On perçoit des lambeaux de placenta. Membranes rompues.

Etat général très mauvais : signes de shock. Mise en position déclive. Huile camphrée. Sérum physiologique : 1000 gr.

*Application d'un Ballon* après dilatation aux bougies de Heggan.

20 heures : Nouvelle application de ballon : la femme ne perd plus.

Le 20 août : expulsion du ballon ; reprise de l'hémorragie ; présentation de l'épaule.

*Version podalique.* Extraction facile d'un enfant mort et macéré pesant 3.560 grammes. D.A. immédiate.

L'utérus se contracte mal. La femme saigne et se choque de plus en plus.

*Essai de transfusion.* — Mort de la femme.

OBSERVATION N° 1315, année 1920

*Hystérectomie subtotale pour hémorragie grave par insertion recouvrante du placenta sur le segment inférieur*

Primipare, âgée de 38 ans

*Antécédents.* — Pathologiques : maladie de cœur ??  
Obstétricaux : I<sup>re</sup> gest. actuelle.

*Gestation.* — D.R., 10 septembre (8 mois environ.)

Quelques petites hémorragies au 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> mois. On a ainsi porté le diagnostic d'insertion basse, d'autant plus qu'on avait constaté, à l'examen obstétrical : tête dans la fosse iliaque gauche, sensation matelassée dans le cul-de-sac droit.

Le 13 mai, nouvelle hémorragie peu abondante qui fait venir consulter la femme à la Maternité.

*Début du travail :* Le 14 mai. En même temps qu'apparaissent de faibles douleurs, une hémorragie très abondante se déclare.

A 8 heures : Etat de shock grave. La femme est mise en position déclive. Sérum artificiel, adrénaline, oxygène.

A l'examen : Col entr'ouvert, avec amas de caillots qui gênent toute autre exploration. B. du C. disparus.

A 10 heures : Col dilaté comme 5 frs. On ne perçoit que du placenta. B. du C. : n'ont pas reparu.

*Intervention :* *Hystérectomie en bloc*, pratiquée sans incident.

Les suites opératoires furent compliquées d'incidents pulmonaires et intestinaux. La malade est sortie en bon état le 21<sup>e</sup> jour.

OBSERVATION N° 804-29

*Insertion basse du placenta avec hémorragie du travail ayant nécessité une césarienne haute suivie d'hystérectomie subtotale au cours de l'intervention*

IV<sup>e</sup> Gest., 3 ans 5

*Antécédents.* — Obstétricaux : Les 2 gestations ont été

normales, ainsi que les accouchements. Les enfants sont vivants.

La 3<sup>e</sup> gest. fut une grossesse extra-utérine opérée au 3<sup>e</sup> mois à l'hôpital Cochin.

IV<sup>e</sup> gest. actuelle. — D.R.: 8 juin (à terme).

Pas d'hémorragie.

L'examen obstétrical au 8<sup>e</sup> mois montre : Tête mobile fuyant dans la fosse iliaque gauche. Bassin normal.

Début du travail. — 22 mars, à 12 heures.

Hémorragie assez abondante. H.U.: 34 cm.

Utérus développé transversalement. B. du C.: ralenti.

Col perméable : on arrive sur le placenta.

Sensation matelassée dans le cul-de-sac droit.

Pouls à 96 ; T. A. : 11/6.

En raison de l'hémorragie et surtout de l'insertion centrale du placenta sur le col, on décide d'intervenir chirurgicalement.

*Intervention.* — On part pour une césarienne conservatrice. Laparotomie médiane avec résection de l'ancienne cicatrice cutanée.

Du côté où on a antérieurement enlevé les annexes, à droite, il y a de nombreuses adhérences entre la face postérieure de l'utérus et l'épiploon et l'intestin.

Extériorisation de l'utérus. Césarienne corporeale qui permet d'extraire un enfant vivant pesant 4020 grammes.

Après la délivrance (780 gr.), l'utérus se rétracte parfaitement, mais au cours de la suture, une hémorragie si abondante se produit qu'on n'hésite pas à pratiquer une hystérectomie subtotale.

Drain dans le Douglas.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires furent prolongées par des complications respiratoires.

La mère et l'enfant sortirent en bon état au 50<sup>e</sup> jour.

OBSERVATION N° 3583, année 1930

*Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie subtotale  
pour insertion basse du placenta  
Mort de la femme au 5<sup>e</sup> jour*

VII<sup>e</sup> Gest., 28 ans

*Antécédents.* — Obstétricaux : Les 5 premières gestations ont été normales et se sont terminées par des accouchements normaux.

Cependant, 3 enfants sont morts : le premier et le troisième de broncho-pneumonie, à l'âge de 2 ans ; le deuxième quelques heures après la naissance.

La 6 gestation se termina au IV mois par un avortement suivi d'un curetage.

VII<sup>e</sup> Gestation. — D.R. : 20 avril. Petite hémorragie au 8<sup>e</sup> mois.

*Début du travail* : le 6 décembre.

A 10 heures : perte de sang abondante ; fœtus mobile et vivant ; tête fuyant dans la fosse iliaque gauche ; on ne sent pas de placenta à travers le segment inférieur ; col fermé.

A 16 heures : la femme continue à perdre du sang ; les contractions sont plus fréquentes ; facies altéré ; pouls à 100 ; B. du C. bien frappés.

Examen obstétrical : dilatation comme 2 frs. Placenta obturant le col. Pas de membranes perçues.

*Intervention* : en raison de l'insertion placentaire, de l'état général de la femme et de sa multiparité, on décide de pratiquer une hystérectomie subtotale.

Pendant le transport, les signes de shock s'accroissent.

Anesthésie au *Schleich*.

Laparotomie et extériorisation de l'utérus. Extraction d'un enfant vivant pesant 2300 gr.

Hystérectomie subtotale hors de l'abdomen. Suture du col et ligature des 6 pédicules. Péritonisation.

Drain dans le *Douglas*. Suture de la paroi en 3 plans et *Bourdonnet*.

*Suites opératoires : prescriptions habituelles.*

Mort de la femme au 5<sup>e</sup> jour avec signes d'occlusion intestinale.

A l'autopsie, on put constater l'existence d'un volvulus de l'intestin grêle.

#### OBSERVATION N° 735, année 1921

*Version par manœuvres mixtes et extraction lente de l'enfant après dilatation bi-manuelle, pour hémorragie.*

*Rupture utérine et hystérectomie totale*

#### IV<sup>e</sup> Gest., 38 ans

*Antécédents.* — Obstétricaux : 3 grossesses normales et à terme.

Un enfant est mort de méningite à l'âge de 2 ans.

Les 2 autres sont vivants.

*Gestation actuelle : D.R. : 7 juillet.*

10 mars : petite hémorragie à l'occasion d'une chute.

16 mars : nouvelles hémorragies. La malade vient consulter à la Maternité.

*Début du travail : 23 heures. Bon état général.*

Utérus mince. Fœtus mobile et présentation élevée.

B. du C. : sourds et accélérés.

Au toucher : dilatation 1 fr. placenta obstruant l'orifice.

24 heures : Accélération progressive du pouls (80-100).

Pâleur progressive. L'hémorragie continue.

Au toucher : col encore épais, mais souple, dilaté comme 1 franc.

*Rupture artificielle des membranes* qui donne issue à très peu de liquide. On décide l'application d'un ballon ; mais devant la facilité avec laquelle le col se laisse dilater, on pense amener la dilatation à des dimensions suffisantes pour pratiquer un abaissement du pied.

*Anesthésie générale et dilatation bi-manuelle. Version facile, et extraction très lente durant 3/4 d'heure.*

*Enfant mort* pesant 2.200 grammes.

*Délivrance artificielle* immédiate.

L'examen du placenta montre l'existence d'un orifice admettant le pouce, siégeant à 2 travers de doigt du bord du placenta et correspond au segment qui était inséré sur le segment inférieur.

D'autre part, il persiste un suintement sanguin.

La *révision utérine* montre l'existence d'une rupture sur la paroi droite du segment inférieur de l'utérus. Elle ne se propage pas au col ni au corps. Le péritoine semble indemne.

*Intervention*°: Pas d'épanchement dans le péritoine. Une cuillerée à soupe de sang dans la base du ligament large, sur le bord droit de l'utérus. *Hystérectomie totale*.

L'examen de la pièce montre les lésions telles qu'on les avait trouvées au toucher intra-utérin.

*Suites opératoires* furent excellentes. La température ne dépassa pas 38°. La femme sortit le 18<sup>e</sup> jour.

#### OBSERVATION N° 742, année 1924

V<sup>e</sup> Gest., à terme

*Version* par manœuvres internes pour *présentation de l'épaule* et insertion basse du placenta.

Extraction d'un garçon né en état de mort apparente, ranimé après 25 minutes de soins ; mort quelques heures après la naissance.

Il pesait 2.800 grammes.

Délivrance Artificielle suivie de *révision utérine* qui montre une déchirure du col. Tamponnement cervical après suture du col.

Sérum physiologique (500 cc.). Hypophyse.

Hystérectomie immédiate sous anesthésie à l'éther.

Mort de la femme aussitôt après l'intervention.

Nous ne donnons de cette observation que ces renseignements succincts, car il nous a été impossible de retrouver l'observation complète dans les Archives de la Maternité.

OBSERVATION N° 3.362, année 1927

*Rupture spontanée incomplète du segment inférieur de l'utérus  
chez une multipare, après un accouchement normal :*

*Hystérectomie subtotal. Mort le 5<sup>e</sup> jour par  
hémorragie au cours d'ablations des pinces à demeure*

VI<sup>e</sup> Gest. 46 ans

*Antécédents.* — Obstétricaux : les 5 gestations antérieures furent normales ; menées à terme. Les accouchements furent normaux et les enfants vivants.

*Gestation actuelle :* D.R. 5 mars 1927. Pas d'hémorragie.

Le 26 novembre : quelques douleurs, avec hémorragie minime. Tête élevée, au D.S. Col non effacé. B. du C. : bons.

Le 28 novembre : petite hémorragie.

*Début du travail.* — Le 3 décembre, à 7 heures, quelques douleurs. Hémorragie. Tête mobile au D.S. Col dilaté comme 50 cents. B. du C. : bons.

Le 4 décembre, les douleurs sont toujours faibles et espacées.

A 18 heures, elles reprennent et s'accompagnent d'un état nauséux assez marqué.

A 21 heures, modification de l'état général : facies altéré, pouls à 120. Cependant, l'hémorragie n'a pas repris.

*Examen obstétrical :* Palpations du segment inférieur très douloureuses. Utérus nettement contracturé dont on ne saisit pas de période de relâchement. B. du C. non perçu. Dilatation comme 2 francs.

A 21 heures 30, rupture spontanée des membranes et dilatation complète.

*Accouchement* normal, fille vivante pesant 3630 grammes.

*Délivrance naturelle* quelques minutes après, ne présentant pas de traces d'hémorragies rétro-placentaires.

*L'examen* de la malade immédiatement après la délivrance montre :

a) que l'hémorragie continue peu abondante mais persistante ;

b) que l'utérus est dur, dont le fonds remonte au-dessus de l'ombilic ;

c) que l'état général de la femme est cependant alarmant, facies pâle, respiration rapide, pouls à 120.

On pense à la possibilité d'une déchirure du col, mais la révision utérine à la main et sous le contrôle de la vue ne montre rien.

Le tamponnement utéro-vaginal n'arrête pas l'hémorragie, et la quantité de sang recueilli est à ce moment de 1.650 grammes.

L'état général, cependant, s'aggrave, malgré : Sérum artificiel ; Bande d'*Esmarch* ; Oxygène.

*Intervention.* — Anesthésie générale au schleich. Laparotomie sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus et mise en place de pinces à demeure sur les pédicules après section de l'utérus et suture du col. Mickulicz avec mèche.

Fermeture de la paroi au fil de bronze en un plan.

Etat général très altéré. Ouabaine I.V. Adrénaline.

Amélioration.

*Examen de la pièce*, après section de la paroi antérieure.

Aspect : Toute la région du segment inférieur est profondément traumatisée. La partie moyenne de la face postérieure est lisse. La partie gauche est comme étirée : Il n'y a plus de muqueuse, la musculature est à nu, complètement dissociée, sur une zone de 5 à 6 centimètres environ.

*A la coupe* : Toute la partie gauche est comme thrombosée, noirâtre, de consistance carton mouillé.

La partie droite est modifiée, mais beaucoup moins.

Le corps a conservé son épaisseur normale.

En résumé, il s'agit manifestement d'une rupture complète du segment inférieur au niveau de l'insertion placentaire avec thrombus sous-péritonéal de ce côté.

*Suites opératoires* : les jours suivants, la température se maintient à 38° ; l'état général demeure stationnaire.

Le 8 décembre, on essaye d'enlever les pincés à demeure.

Après la première, pas de suintement.

Après la deuxième, qui est celle du pédicule utéro-ovarien droit, apparition d'une hémorragie assez abondante.

On descend d'urgence la malade à la salle d'intervention, on enlève 2 fils de bronze.

Un champ abdominal refoule le cœcum.

Ainsi, on voit le pédicule qui saigne et qu'on peut saisir avec une pince à demeure.

Cependant, l'état général est très atteint : Pouls 110, petit.

Injection sous-cutanée de 050 grammes de sérum artificiel.

Le 9 décembre, la température se maintient à 39-40°.

Altération progressive de l'état général et mort de la femme.

#### OBSERVATION N° 2758, année 1923

*Insertion partiellement recouvrante du placenta avec hémorragies de la gestation et du travail.*

*Rupture des membranes et ballon. Délivrance artificielle impossible pour adhérences utéro-placentaires  
Hystérectomie vaginale.*

Ipars de 29 ans

*Antécédents.* — Pathologiques : Métrite rebelle depuis 18 mois, qui aurait nécessité un curettage.

Obstétricaux : I<sup>re</sup> gest. actuelle.

*Gestation.* — D.R. : 9 avril (6 mois environ).

Hémorragies peu abondantes aux 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois.

*Début du travail* : le 11 octobre. Hémorragie plus abondante. La femme vient à la Maternité.

A l'examen : H.U. : 23 cm. Fœtus mobile et vivant. Col effacé, dilaté comme 1 fr. Placenta perçu dans l'orifice.

12 octobre : hémorragie très abondante ; pouls à 100 ; dilatation : 2 frs. Sérum glucosé. Huile camphrée.

A 16 heures : *Rupture artificielle des membranes. Application d'un ballon de 350 cc.*

A 18 heures : la dilatation est suffisante pour évacuer l'utérus.

*Extraction après Crânioclasie.*

*Délivrance artificielle incomplète*, par suite d'adhérences anormales. Le placenta en partie incrusté dans le muscle utérin ne peut être extrait dans sa totalité sans préjudice pour l'utérus.

Surveiller la femme en vue d'une hystérectomie vaginale, au moindre signe d'infection.

Le 15 octobre, la temp. est à 38°5 ; le pouls à 120.

Le 16 octobre, la temp. est à 39° ; le pouls à 140.

*Intervention : Hystérectomie vaginale* pratiquée avec facilité. La malade sortit en bon état le 28<sup>e</sup> jour.

#### OBSERVATION N° 659, année 1921

*Insertion basse et partiellement recouvrante du placenta*  
*Echec de la rupture des membranes et du ballon. Basiotripsie*  
*Mort de la femme par infection au 21<sup>e</sup> jour*

II<sup>e</sup> Gest., 27 ans

*Antécédents.* — Héréditaires, Phys., Pathol. : Rien à signaler.

*Obstétricaux* : le premier accouchement fut normal. L'enfant vivant.

*Gestation actuelle* : D.R., du 8 au 10 juin.

Petites hémorragies pendant la gestation au 6<sup>e</sup> mois, qui alarment la malade. Le 3 mars, un médecin appelé pour une hémorragie plus abondante conseille l'entrée à l'hôpital.

*Début du travail* : le 8 mars.

A 11 heures : hémorragie peu abondante.

L'examen obstétrical montre : H.U. : 34 cm. ; tête mobile au détroit supérieur ; col largement perméable ; membranes rugueuses ; B. du C. : nets et réguliers.

A 22 heures : devant le caractère rebelle de l'hémorragie et l'altération grave de l'état général : pâleur, pouls à 100, puis à 130, on pratique la *rupture artificielle des membranes*.

A 23 heures, les contractions reprennent, puis s'espacent à nouveau.

L'hémorragie est arrêtée, cependant la malade reste pâle et présente quelques bourdonnements d'oreilles.

Le 9 mars, à 7 h. 30 : expulsion de caillots abondants puis, suintement continu.

Aspect très fatigué de la femme : dyspnée, pouls à 140.

A l'examen : la présentation reste élevée. B. du C. rapides.

Au toucher : dilatation, 5 fr. Toute la paroi antérieure du col est doublée de placenta décollé.

Pose d'un ballon de 600 gr.

Arrêt de l'hémorragie ; disparition des B. du C. L'état général s'aggrave.

A 8 heures 30 : en raison de l'état général, de la continuation d'une hémorragie minime, et parce que la dilatation est suffisante, on décide de pratiquer une basiotripsie.

Anesthésie générale légère. Basiotripsie sans incidents.

*Délivrance artificielle. Suivie de Révision du col.*

Après l'intervention qui a duré 3/4 d'heure, l'hémorragie est complètement arrêtée. La femme présente des signes de shock de plus en plus graves nécessitant : huile camphrée et sérum I.V. : 1200 cc. ; nouvelle syncope, puis amélioration.

Le 10 mars : la temp. est à 40° avec frissons intenses dans la nuit. Les jours suivants, la température se maintient à 40°, avec des frissons quotidiens.

L'hémoculture est toujours négative.

La mort survient le 21<sup>e</sup> jour.

OBSERVATION N° 1422, année 1930

*Insertion basse du placenta avec Hémorragie du travail  
ayant nécessité une transfusion sanguine  
Application de Ballon pour inertie utérine, puis de  
Forceps Tarnier. Enfant mort. Délivrance naturelle  
Hémorragie de la délivrance*

IV<sup>e</sup> Gest., 28 ans

*Antécédents.* — Obstétricaux : Première gestation fut normale, l'enfant vivant. Les deux autres se terminèrent par deux avortements aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> mois, suivis de curetage.

*Gestation actuelle* : D.R. 27 août.

Pas d'hémorragie au cours de la grossesse. Le 10 mai, grosse perte de sang. Arrêt de l'hémorragie après injection chaude. Femme transportée à la Maternité.

*Début du travail.* — Le 11 mai.

A 11 h. 30 : H.U. 32 cm.; tête mobile et élevée ; B. du C. perçus.

Au toucher : caillots dans le vagin, masse mollassse à travers le segment inférieur ; col en voie d'effacement : 50 cent. pas de membranes perçues à travers le col.

Etat général : pâleur ; pouls à 140 ; T.A. : 8-4.

Injcetion sous-cutanée de 350 cc. de sérum physiologique.

A 15 heures : l'hémorragie continue, peu abondante.

Dilatation : 1 fr. Le placenta est perçu au centre du col et des membranes épaisses dans le quadrant ant. gauche. B. du C. ralentis. Etta général peu satisfaisant.

*Rupture des membranes*, qui est difficile.

Arrêt de l'hémorragie. B. du C. ont disparu. Signes de shock très graves de la mère.

*Transfusion sanguine* de 350 gr. : amélioration manifeste ; pouls à 104 ; recoloration de la face. Les douleurs reparaissent, espacées. La femme peut dormir.

Le 12 mai, en raison de l'inertie utérine :

A 11 heures, pose d'un ballon de 300 gr.

A 16 heures, nouvelle application.

A 18 heures, la dilatation est suffisante pour appliquer un forceps. Enfant mort. 3.100 gr.

*Délivrance naturelle* 5 minutes après (740 gr.).

Aussitôt après, *hémorragie abondante* :

Compression de l'aorte ;

Injection chaude intra-utérine et tamponnement.

L'état général, malgré l'abondance de l'hémorragie, n'est cependant pas alarmant : pouls à 120, mais régulier et bien frappé.

Peu à peu, amélioration : le pouls retombe à 100 ; T.A.: 13-6.

Tamponnement enlevé le 13 mai à 6 heures.

*Suites de couches furent fébriles*, pendant les premiers jours. Le pouls est descendu régulièrement jusqu'à 80.

La femme est sortie en bon état le 31 mai.

Vu : *Le Doyen*,  
BALHAZARD.

Vu : *Le Président*,  
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris*,  
S. CHARLÉTY.



